

THERAPEUTIC SUPPORTIVE EFFECTS OF KIEN TOAN AP DAI HONG PHUC PRODUCT IN HYPERTENSIVE PATIENTS WITH DYSLIPIDEMIA

Nguyen Thi Thu Hang¹, Nguyen Dinh Phuc², Vu Thi Anh Tuyet¹, Nguyen Tuan Nghia¹, Dang Truc Quynh^{3*}

¹Hanoi Traditional Medicine General Hospital - 8 Pham Hung, Tu Liem ward, Hanoi, Vietnam

²Dai Hong Phuc Traditional Medicine Company Limited - 74 The Lu, Tan Nhut commune, Ho Chi Minh city, Vietnam

³Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien ward, Hanoi Vietnam

Received: 09/02/2026

Revised: 19/03/2026; Accepted: 29/04/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the supportive effects of Kien toan ap Dai Hong Phuc in controlling blood pressure and serum lipids levels in hypertensive patients with dyslipidemia.

Materials and methods: A controlled clinical intervention was conducted on 60 patients diagnosed with stage 1 or stage 2 hypertension accompanied by dyslipidemia, treated at Hanoi Traditional Medicine General Hospital from November 2024 to October 2025. Patients were categorized into two comparable groups: the control group was treated with standard therapy, while the study group was treated standard therapy combined with Kien toan ap Dai Hong Phuc.

Results: In the study group, the mean systolic blood pressure decreased significantly from 156.87 ± 8.48 mmHg to 130.40 ± 6.55 mmHg; mean diastolic blood pressure decreased from 86.63 ± 8.23 mmHg to 70.00 ± 5.77 mmHg; and mean arterial pressure decreased from 110.03 ± 7.89 mmHg to 91.60 ± 5.48 mmHg, showing a statistically significant difference compared to the control group ($p < 0.05$). Serum lipids levels of the study group showed a tendency of better improvement compared to the control group; however, these differences were not statistically significant ($p > 0.05$).

Conclusion: Kien toan ap Dai Hong Phuc poses supportive efficacy in lowering blood pressure and shows a tendency in improving lipids levels in studied hypertensive patients with dyslipidemia.

Keywords: Kien toan ap Dai Hong Phuc, hypertension, dyslipidemia, traditional medicine.

*Corresponding author

Email: dangtrucquynh@hmu.edu.vn **Phone:** (+84) 988000679 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD5.5004

TÁC DỤNG HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP CỦA CHẾ PHẨM KIỆN TOÀN ÁP ĐẠI HỒNG PHÚC TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP CÓ RỐI LOẠN LIPID MÁU

Nguyễn Thị Thu Hằng¹, Nguyễn Đình Phúc², Vũ Thị Ánh Tuyết¹, Nguyễn Tuấn Nghĩa¹, Đặng Trúc Quỳnh^{3*}

¹Bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội - 8 Phạm Hùng, phường Từ Liêm, Hà Nội, Việt Nam

²Công ty TNHH Y học cổ truyền Đại Hồng Phúc - 74 Thế Lữ, Ấp 9, xã Tân Nhựt, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

³Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 09/02/2026

Ngày chỉnh sửa: 19/03/2026; Ngày duyệt đăng: 29/04/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng hỗ trợ kiểm soát huyết áp và lipid máu của Kiện toàn áp Đại Hồng Phúc trên bệnh nhân tăng huyết áp có rối loạn lipid máu.

Đối tượng và phương pháp: Can thiệp lâm sàng có đối chứng, trên 60 bệnh nhân tăng huyết áp độ 1 hoặc 2 có kèm rối loạn lipid máu điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội từ tháng 11/2024 đến tháng 10/2025. Bệnh nhân được chia thành hai nhóm tương đồng: nhóm đối chứng sử dụng phác đồ nền, nhóm nghiên cứu sử dụng phác đồ nền và Kiện toàn áp Đại Hồng Phúc.

Kết quả: Nhóm nghiên cứu hạ huyết áp **tâm thu trung bình** từ $156,87 \pm 8,48$ mmHg xuống $130,40 \pm 6,55$ mmHg, hạ huyết áp **tâm trương trung bình** từ $86,63 \pm 8,23$ mmHg xuống $70,00 \pm 5,77$ mmHg, hạ huyết áp trung bình từ $110,03 \pm 7,89$ mmHg xuống $91,60 \pm 5,48$ mmHg, tốt hơn rõ rệt so với nhóm đối chứng ($p < 0,05$). Nhóm nghiên cứu có xu hướng cải thiện các chỉ số lipid máu tốt hơn so với nhóm đối chứng, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết luận: Kiện toàn áp Đại Hồng Phúc có hiệu quả hỗ trợ hạ huyết áp và xu hướng hạ các chỉ số lipid máu trên các bệnh nhân tăng huyết áp kèm rối loạn lipid máu.

Từ khóa: Kiện toàn áp Đại Hồng Phúc, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, y học cổ truyền

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là bệnh lý tim mạch phổ biến và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do tim mạch, ước tính tỷ lệ tăng huyết áp (HA) chưa được kiểm soát trên toàn cầu vẫn chiếm 26% vào năm 2019, nhất là ở các nước châu Á (trừ Hàn Quốc và Đài Loan) [1]. Rối loạn lipid máu thường đi kèm với tăng HA trong khoảng 30% trường hợp, làm gia tăng nguy cơ biến cố tim mạch và tử vong cho bệnh nhân [2].

Theo y học cổ truyền, tăng HA thuộc phạm vi các chứng huyền vựng, đầu thống. Cơ chế bệnh sinh chủ yếu do can thận âm hư, khiến âm không tiềm dương, dương khí bốc lên trên hoặc do đàm trọc nội sinh làm trở ngại vận hành khí huyết, gây nên các triệu chứng như hoa mắt, chóng mặt, đau đầu, bốc hỏa, mất ngủ [3].

Điều trị tăng HA và rối loạn lipid máu theo y học hiện đại mang lại hiệu quả kiểm soát bệnh khả quan khi bệnh nhân tuân thủ điều trị, tuy nhiên các nhóm thuốc tân dược thường gây tác dụng không mong muốn khi sử dụng lâu dài [4]. Nhiều vị thuốc và bài thuốc y học cổ truyền cho thấy có tác dụng hạ HA, cải thiện tốt tình trạng rối loạn lipid máu, giảm các triệu chứng cơ năng và an toàn trên thực nghiệm và lâm sàng [5]. Do đó, xu hướng kết hợp hoặc thay thế bằng các sản phẩm có nguồn gốc y học cổ truyền đang được quan tâm.

Kiện toàn áp Đại Hồng Phúc (KTA) là thực phẩm bảo vệ sức khỏe được bào chế từ các dược liệu y học cổ truyền như Sinh địa, Mạch môn, Rễ nhàu, Ngưu tất và Đỗ trọng. KTA có tác dụng tư âm thanh nhiệt, bình can tức phong, hoạt huyết, trừ thấp, phụ

hợp với cơ chế bệnh sinh của nhiều thể lâm sàng của tăng HA có kèm rối loạn lipid máu theo y học cổ truyền. Sản phẩm đã được chứng minh tính an toàn, có hiệu quả hạ HA và mỡ máu trên các nghiên cứu thực nghiệm. Để cung cấp thêm bằng chứng khoa học về tác dụng của KTA trên lâm sàng, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu: đánh giá tác dụng hỗ trợ kiểm soát HA và lipid máu của KTA trên bệnh nhân tăng HA có rối loạn lipid máu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu

- Cốm tan KTA gói 4g bao gồm: bột Ngưu tất 1,5g; bột Mạch môn 1,5g; 0,75g cao hỗn hợp dược liệu (1:10 tương đương Rễ nhàu 3,0g; Sinh địa 3,0g; Đỗ trọng 1,5g) và phụ liệu (Lactulose 0,25g; Natri carboxymethyl cellulose 26 mg; Natri benzoate 4 mg).

- Thuốc điều trị nền: Felodipine Stella (Felodipine) 5 mg retard, Lipvar (Atorvastatin) 10 mg.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp; tự nguyện tham gia; và tuân thủ quy trình nghiên cứu. Các bệnh nhân đáp ứng cả 2 tiêu chí sau:

*Tác giả liên hệ

Email: dangtrucquynh@hmu.edu.vn Điện thoại: (+84) 988000679 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD5.5004

- Được chẩn đoán tăng HA độ 1 hoặc 2 theo VSH/VNHA (2018), tuân thủ phác đồ điều trị nhưng chưa kiểm soát được HA: tăng HA độ 1 (HA tâm thu 140-159 mmHg và/hoặc HA tâm trương 90-99 mmHg); tăng HA độ 2 (HA tâm thu 160-179 mmHg và/hoặc HA tâm trương 100-109 mmHg) [6].

- Có rối loạn lipid máu theo phân loại NCEP ATP-III với ít nhất một trong các rối loạn chỉ số lipid sau: cholesterol toàn phần (TC) $\geq 5,17$ mmol/l; triglyceride (TG) $> 1,7-5,6$ mmol/l; LDL-C $\geq 3,36$ mmol/l; HDL-C $< 1,03$ mmol/l [7].

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

Bệnh nhân tăng HA kèm theo các bệnh mạn tính như xơ gan, lao phổi, suy gan, suy tim, bệnh thận mạn giai đoạn 4-5, đái tháo đường, bệnh lý tuyến giáp, rối loạn tâm thần; phụ nữ có thai và cho con bú; dị ứng với bất cứ thành phần nào của chế phẩm và thuốc nền dùng trong nghiên cứu; bệnh nhân không tuân thủ phác đồ điều trị và dừng điều trị trên 2 ngày; bệnh nhân huyền vọng thuộc thể âm dương lưỡng hư theo y học cổ truyền.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Can thiệp lâm sàng có đối chứng.

2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 11/2024 đến tháng 10/2025.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội.

2.5. Cỡ mẫu nghiên cứu, cách chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu có chủ đích.

Cỡ mẫu gồm 60 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ đối tượng nghiên cứu, chia 2 nhóm đảm bảo tương đồng về tuổi, giới và mức độ tăng HA: nhóm nghiên cứu gồm 30 bệnh nhân và nhóm đối chứng gồm 30 bệnh nhân.

2.6. Quy trình nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu được đánh giá các chỉ số nghiên cứu trước điều trị (D_0) và tại các thời điểm sau điều trị 15, 30, 45, 60 ngày (D_{15} , D_{30} , D_{45} và D_{60}). Thời gian điều trị 60 ngày liên tục. Tất cả các bệnh nhân được hướng dẫn thống nhất về chế độ ăn và tập luyện dành cho bệnh nhân tăng HA có kèm rối loạn lipid máu.

- Nhóm nghiên cứu: uống KTA liều 4g/lần \times 3 lần/ngày (uống trước các bữa ăn 30 phút) kết hợp với Felodipine Stella 5 mg retard \times 1 viên/ngày (uống lúc 7 giờ) và Lipvar 10 mg \times 1 viên/ngày (uống sau ăn tối).

- Nhóm đối chứng: điều trị bằng Felodipine Stella 5 mg retard \times 1 viên/ngày (uống lúc 7 giờ) và Lipvar 10 mg \times 1 viên/ngày (uống sau ăn tối).

2.7. Các biến số, chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, yếu tố nguy cơ, tăng HA (độ 1, 2).

- Các chỉ tiêu lâm sàng: các chỉ số mạch, HA tâm thu, HA tâm trương, HA trung bình; các chỉ số lipid máu (CT, TG, HDL-C, LDL-C).

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu thu được trong nghiên cứu được xử lý theo phương pháp xác suất thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$). So sánh giá trị trung bình của các nhóm bằng t-test, so

sánh các tỷ lệ của các nhóm bằng test χ^2 . Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Khoa học và Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội thông qua. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân. Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích rõ phác đồ điều trị. Trong quá trình nghiên cứu, nếu xuất hiện các phản ứng bất lợi về sức khỏe, bệnh nhân sẽ được xử trí và thay đổi phác đồ điều trị phù hợp, ngừng nghiên cứu khi bệnh nhân có yêu cầu rút khỏi nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm nghiên cứu (n = 30) (1)		Nhóm đối chứng (n = 30) (2)		
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Tuổi	18-49 tuổi	1	3,3	3	10,0
	50-59 tuổi	6	20,0	3	10,0
	≥ 60 tuổi	23	76,7	24	80,0
Giới	Nam	12	40,0	11	36,7
	Nữ	18	60,0	19	63,3
Yếu tố nguy cơ	Uống nhiều rượu bia	9	30,0	8	26,7
	Ăn mặn thường xuyên	13	43,3	9	30,0
	Hút nhiều thuốc lá	8	26,7	3	10,0
	Ít hoạt động thể lực	19	63,3	17	56,7
	Stress kéo dài	5	16,7	10	33,3
Phân độ tăng HA	Độ 1	13	43,3	18	60,0
	Độ 2	17	56,7	12	40,0
p_{1-2}		$> 0,05$			

Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu ở độ tuổi từ 60 trở lên, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $67,23 \pm 9,33$ tuổi, của nhóm đối chứng là $68,3 \pm 12,34$ tuổi. Đa số đối tượng nghiên cứu là nữ giới. Bệnh nhân có thói quen sinh hoạt ít hoạt động thể lực và ăn mặn thường xuyên chiếm tỷ lệ cao nhất. Nhóm nghiên cứu có 43,3% bệnh nhân tăng HA độ 1 và 56,7% độ 2; nhóm đối chứng có 60% độ 1 và 40% độ 2. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố tuổi, giới, các yếu tố nguy cơ và phân độ tăng HA giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 2. Sự thay đổi chỉ số HA tâm thu trung bình sau điều trị

Thời điểm	HA tâm thu trung bình (mmHg)		
	Nhóm nghiên cứu (n = 30) (1)	Nhóm đối chứng (n = 30) (2)	P_{1-2}
D_0 (a)	$156,87 \pm 8,48$	$154,33 \pm 8,12$	$> 0,05$

Thời điểm	HA tâm thu trung bình (mmHg)		
	Nhóm nghiên cứu (n = 30) (1)	Nhóm đối chứng (n = 30) (2)	P ₁₋₂
D ₁₅ (b)	138,73 ± 10,03	139,93 ± 10,08	> 0,05
D ₃₀ (c)	132,00 ± 6,81	136,73 ± 8,23	< 0,05
D ₄₅ (d)	129,70 ± 7,23	134,90 ± 8,73	< 0,05
D ₆₀ (e)	130,40 ± 6,55	134,93 ± 8,10	< 0,05
p _{a-c}	< 0,05	< 0,05	
p _{c-e}	> 0,05	< 0,05	
p _{a-e}	< 0,05	< 0,05	

Trước điều trị, không có sự khác biệt về HA tâm thu trung bình giữa 2 nhóm (p > 0,05). HA tâm thu ở từng nhóm đều giảm rõ rệt sau điều trị. Ở các mốc D₃₀, D₄₅ và D₆₀, HA tâm thu trung bình của nhóm nghiên cứu thấp hơn so với nhóm đối chứng có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Bảng 3. Sự thay đổi chỉ số HA tâm trương trung bình sau điều trị

Thời điểm	HA tâm trương trung bình (mmHg)		
	Nhóm nghiên cứu (n = 30) (1)	Nhóm đối chứng (n = 30) (2)	P ₁₋₂
D ₀ (a)	86,63 ± 8,23	88,17 ± 10,12	> 0,05
D ₁₅ (b)	78,93 ± 7,13	78,8 ± 8,68	> 0,05
D ₃₀ (c)	74,83 ± 5,11	78,23 ± 7,21	< 0,05
D ₄₅ (d)	73,07 ± 5,51	77,07 ± 6,69	< 0,05
D ₆₀ (e)	70,00 ± 5,77	75,53 ± 6,66	< 0,05
p _{a-c}	< 0,05	< 0,05	
p _{c-e}	< 0,05	< 0,05	
p _{a-e}	< 0,05	< 0,05	

HA tâm trương trung bình của 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở thời điểm trước điều trị và sau điều trị 15 ngày (p > 0,05). Sau điều trị, ở thời điểm D₃₀, D₄₅ và D₆₀, HA tâm trương trung bình ở nhóm nghiên cứu thấp hơn rõ rệt so với nhóm đối chứng (p < 0,05).

Bảng 4. Sự thay đổi chỉ số HA trung bình sau điều trị

Thời điểm	HA trung bình (mmHg)		
	Nhóm nghiên cứu (n = 30) (1)	Nhóm đối chứng (n = 30) (2)	P ₁₋₂
D ₀ (a)	110,03 ± 7,89	110,13 ± 8,37	> 0,05
D ₁₅ (b)	98,93 ± 7,52	99,23 ± 8,58	> 0,05
D ₃₀ (c)	93,93 ± 4,88	97,70 ± 7,17	< 0,05
D ₄₅ (d)	91,83 ± 5,47	96,40 ± 6,86	< 0,05
D ₆₀ (e)	91,60 ± 5,48	95,33 ± 6,76	< 0,05
p _{a-c}	< 0,05	< 0,05	
p _{c-e}	< 0,05	< 0,05	
p _{a-e}	< 0,05	< 0,05	

Trước điều trị, HA trung bình của 2 nhóm tương đồng nhau (p > 0,05). Sau điều trị, HA trung bình ở cả hai nhóm đều giảm dần theo thời

gian. Từ D₃₀ đến D₆₀, HA trung bình ở nhóm nghiên cứu thấp hơn so với nhóm đối chứng (p < 0,05).

Bảng 5. Sự thay đổi các chỉ số lipid máu sau điều trị

Chỉ số	Nhóm nghiên cứu (n = 30) (1)		Nhóm đối chứng (n = 30) (2)	
	D ₀ (a)	D ₆₀ (b)	D ₀ (a)	D ₆₀ (b)
CT (mmol/l)	5,34 ± 0,69	4,89 ± 0,39*	5,48 ± 0,95	4,99 ± 0,73*
TG (mmol/l)	2,44 ± 1,28	1,84 ± 0,62*	2,45 ± 1,25	1,94 ± 0,74*
HDL-C (mmol/l)	1,22 ± 0,38	1,13 ± 0,11**	1,17 ± 0,31	1,2 ± 0,39**
LDL-C (mmol/l)	3,16 ± 0,63	2,6 ± 0,33*	2,96 ± 0,88	2,64 ± 0,5*
p ₁₋₂ (D ₀)	> 0,05			
p ₁₋₂ (D ₆₀)	> 0,05			

Ghi chú: *p_{a-b} < 0,05; **p_{a-b} > 0,05.

Trước điều trị, các chỉ số lipid máu giữa hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Sau 60 ngày điều trị, nồng độ CT, TG, LDL-C của hai nhóm đều giảm rõ rệt so với trước điều trị (p < 0,05). Nhóm nghiên cứu có xu hướng cải thiện các chỉ số lipid máu nhiều hơn nhóm đối chứng nhưng sự khác biệt giữa 2 nhóm chưa có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm 60 bệnh nhân tăng HA nguyên phát độ 1, 2 điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội từ tháng 11/2024 đến tháng 10/2025. Gần 2/3 số bệnh nhân ở độ tuổi từ 60 trở lên và khoảng 60% thuộc giới nữ. Đây là độ tuổi các động mạch lớn giảm tính đàn hồi, nên gây tăng sức cản mạch và hậu gánh cho tim, từ đó gây tăng HA hoặc làm nặng thêm tình trạng tăng HA [8]. Theo y học cổ truyền, thiên quý bắt đầu suy từ sau 40 tuổi, công năng tạng phủ giảm sút, âm dương mất cân bằng, can mất khả năng sơ tiết hoặc do can thận âm hư, can dương thượng nhiều gây chứng huyết vượng [9].

Thói quen sinh hoạt đóng vai trò quan trọng trong cơ chế hình thành và tiến triển của tăng HA. Theo bảng 1, 60% bệnh nhân có mức độ hoạt động thể lực ít. Tình trạng ít vận động làm giảm khả năng thích nghi của hệ tim mạch, giảm độ đàn hồi mạch máu và làm tăng sức cản ngoại vi, gia tăng nguy cơ thừa cân, béo phì [6]. Ăn mặn kéo dài, stress, sử dụng rượu bia và nicotin trong thuốc lá gây kích thích hệ giao cảm, làm tăng nhịp tim và gây co mạch kéo dài [6]. Theo y học cổ truyền, ít vận động khiến khí cơ không điều đạt, tỳ mất kiện vận, tỳ khí hư suy làm đờm trọc nội sinh, khí huyết ứ trệ, thanh dương không thăng, trợ âm không giáng, từ đó có thể phát sinh chứng huyết vượng [9]. Rượu thuộc tính “nhiệt, cay, tán”, nếu dùng nhiều sẽ làm tổn thương can; stress làm can khí uất kết, lâu ngày hóa hỏa, dẫn đến can dương thượng cương sinh can dương vượng, can hỏa thượng viêm, gây ra chứng huyết vượng, đầu thống, tương ứng với tình trạng tăng HA trong y học hiện đại [9].

Nghiên cứu này lựa chọn các bệnh nhân tăng HA độ 1 và 2. Theo VNHA (2018) và ESC/ESH (2023), điều trị tăng HA ở giai

đoạn sớm giúp giảm 30-40% nguy cơ biến chứng tim mạch, đặc biệt là đột quỵ và suy tim [6], [10]. Theo y học cổ truyền, đây là giai đoạn bệnh còn ở thể nhẹ, thường gặp các chứng như can dương thượng cang, can thận âm hư, đàm trọc trung trở [3].

4.2. Kết quả điều trị

Sau 60 ngày điều trị, HA tâm thu, HA tâm trương và HA trung bình của từng nhóm đều giảm có ý nghĩa thống kê so với thời điểm D_0 ($p < 0,05$). Sự khác biệt về hiệu quả hạ HA giữa hai nhóm rõ rệt từ thời điểm D_{30} . Từ thời điểm D_{30} trở đi, mức giảm HA tâm thu, HA tâm trương và HA trung bình của nhóm nghiên cứu đều cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng ($p < 0,05$) (bảng 2, 3, 4). Theo ESC/ESH (2023), giảm HA trung bình 5 mmHg có thể giảm 10-15% nguy cơ đột quỵ và 7-10% nguy cơ bệnh mạch vành, do đó góp phần giảm đáng kể nguy cơ biến chứng tim mạch dài hạn [10].

Theo bảng 5, sau 60 ngày điều trị, các chỉ số CT, TG, LDL-C ở từng nhóm đều giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($p < 0,05$), nhóm nghiên cứu xu hướng giảm nhiều hơn nhóm đối chứng nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các chỉ số lipid máu ở thời điểm D_{60} giữa 2 nhóm ($p > 0,05$). Do 2 nhóm nghiên cứu và đối chứng đều sử dụng chung phác đồ nền gồm Felodipine Stella 5 mg retard/ngày và Lipvar 10 mg/ngày, kết quả này cho thấy chế phẩm KTA có tác dụng hỗ trợ ổn định HA và tiềm năng cải thiện các chỉ số lipid máu, đặc biệt là TG và LDL-C.

Theo các nghiên cứu, rối loạn lipid máu và tăng HA có mối tương quan hai chiều, tăng LDL-C và TG làm tăng xơ vữa động mạch, giảm đàn hồi mạch máu, gây tăng sức cản ngoại vi và gây tăng HA [2]. Ngược lại, tăng HA kéo dài gây tổn thương nội mô, giảm hoạt tính NO và tăng oxy hóa lipid, dẫn đến rối loạn lipid máu [2]. Do đó, việc đồng thời giảm HA và cải thiện lipid máu giúp mang lại hiệu quả tối ưu trong mục tiêu điều trị bệnh nhân tăng HA kèm rối loạn lipid máu.

Theo y học cổ truyền, các thành phần phối ngũ trong KTA có tác dụng điều chỉnh công năng tạng phủ, điều hòa khí huyết. Sinh địa có tác dụng tư âm giáng hỏa, lương huyết sinh tân, thường dùng trong các chứng âm hư dương cang, huyết vãng do âm hư. Mạch môn có công năng dưỡng âm thanh nhiệt, sinh tân chỉ khát, nhuận táo an thần. Khi phối hợp Sinh địa và Mạch môn, tác dụng tư âm giáng hỏa được tăng cường, đặc biệt phù hợp với thể bệnh can thận âm hư, thường gặp ở người trung niên và cao tuổi. Đỗ trọng có tác dụng bổ can thận, cường gân cốt, được dùng trong các chứng can thận hư yếu, huyết vãng. Ngưu tất hoạt huyết, bổ can thận. Rễ nhàu tác dụng bình can giáng nghịch, trừ phong thấp. Toàn phương có tác dụng tư âm thanh nhiệt, bình can giáng nghịch, hoạt huyết trừ thấp [11]. Theo lý luận y học cổ truyền, khi âm huyết được phục hồi, can dương không vượng, khí huyết lưu thông thì “thanh dương thăng, trọc âm giáng”, chứng huyết vãng được cải thiện, tương ứng với hiệu quả kiểm soát HA và cải thiện triệu chứng lâm sàng trong y học hiện đại [9].

Chiết xuất Sinh địa (*Radix Rehmanniae glutinosae*) làm giảm đáng kể HA tâm thu và HA tâm trương, đồng thời cải thiện tổn thương cơ tim và thận do tăng HA gây ra trên mô hình thực nghiệm [12]. Hoạt chất chính catalpol có tác dụng ức chế hoạt hóa hệ renin-angiotensin thông qua giảm biểu hiện angiotensin II và thụ thể AT1, đồng thời tăng tổng hợp NO nội mô, góp phần giãn mạch và hạ áp, giảm stress oxy hóa, điều hòa chuyển hóa

lipid máu thông qua hoạt hóa trực AMPK giúp giảm CT, LDL-C và TG, đồng thời tăng HDL-C [13].

Chiết xuất Đỗ trọng (*Cortex Eucommiae*) cải thiện chức năng nội mô mạch máu, tăng giãn mạch và làm giảm độ dày lớp giữa của động mạch, đồng thời làm tăng nồng độ NO huyết tương, điều hòa hệ renin-angiotensin trên động vật thực nghiệm [14]. Đỗ trọng chứa lignan và iridoid glycoside, đã được chứng minh ức chế HMG-CoA reductase, giảm tổng hợp cholesterol và LDL-C, tăng HDL-C trên mô hình động vật [15].

Saponin trong Ngưu tất (*Radix Acgyranthis bidentatae*) cải thiện các chỉ số chức năng não bộ, giảm tử vong, cải thiện trạng thái thần kinh và có hiệu quả kiểm soát HA trên chuột gây mô hình đột quỵ do tăng HA [16]. Ngưu tất có tác dụng giảm đáng kể nồng độ CT và TG và cải thiện chuyển hóa lipid gan [17].

Chiết xuất Mạch môn (*Radix Ophiopogonis japonici*) làm giảm HA tâm thu, HA tâm trương và HA trung bình trong các mô hình thử nghiệm động vật [18]. Hoạt chất methylophiopogonanone A trong Mạch môn được chứng minh giúp hạ TC, TG và LDL-C, đồng thời tăng hoạt tính lipoprotein lipase [19].

Rễ nhàu (*Radix Morindae citrifoliae*) có các oligosaccharides tác dụng làm giảm HA trong mô hình tăng HA thực nghiệm [20]. Scopoletin và rutin trong Rễ nhàu giúp giảm TG, LDL-C và tăng HDL-C qua cơ chế chống oxy hóa và tăng hoạt tính lipoprotein lipase [21].

Như vậy, các thành phần của cốm tan KTA đã được nghiên cứu có tác dụng điều hòa HA, hạ lipid máu và bảo vệ nội mô mạch máu thông qua nhiều cơ chế. Theo tác dụng vị thuốc trong y học cổ truyền, KTA vừa có tác dụng điều trị gốc bệnh (can thận âm hư, tỳ hư sinh đàm), vừa giải quyết triệu chứng (bình can, hoạt huyết) phù hợp với biện chứng để điều trị chứng huyết vãng.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 60 bệnh nhân tăng HA nguyên phát độ 1, 2 có rối loạn lipid máu, nhóm nghiên cứu sử dụng phác đồ nền Felodipine Stella 5mg retard/ngày và Lipvar 10 mg/ngày kết hợp KTA 12 g/ngày có hiệu quả hạ HA tâm thu, HA tâm trương, HA trung bình tốt hơn nhóm đối chứng chỉ sử dụng phác đồ nền ở thời điểm sau 30, 45 và 60 ngày điều trị ($p < 0,05$). Nhóm nghiên cứu có xu hướng cải thiện các chỉ số lipid máu tốt hơn so với nhóm đối chứng, đặc biệt là TG và LDL-C, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này cho thấy tác dụng hỗ trợ điều trị tăng HA kèm rối loạn lipid máu của KTA trên lâm sàng.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Kario K et al. The WHO Global report 2023 on hypertension warning the emerging hypertension burden in globe and its treatment strategy. *Hypertens Res* 47, 1099-1102 (2024). doi: 10.1038/s41440-024-01622-w3.
- [2] Dalal J.J et al. LIPITENSION: Interplay between dyslipidemia and hypertension. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 2012, 16 (2): 240.
- [3] Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại. Nhà xuất bản Y học, 2020: 44-58
- [4] Đào Văn Phan. Thuốc chữa tăng huyết áp. Trong: *Dược lý học lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học, 2021: 402-418.

- [5] Kang Y.M et al. Significance of traditional herbal medicine for dyslipidemia. American Journal of Translational Research, 2023, 15 (8): 5373.
- [6] Trần Văn Huy. Cập nhật khuyến cáo chẩn đoán, điều trị tăng huyết áp năm 2018. Báo cáo tại Hội nghị Tim mạch toàn quốc lần thứ 16. Phân hội Tăng huyết áp/Hội Tim mạch Việt Nam, 2018.
- [7] Expert panel on detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program expert panel on detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). JAMA, 2001, 285 (19): 2486-2497. doi: 10.1001/jama.285.19.2486.
- [8] Lacolley P et al. Aging in the vascular system: lessons from mechanobiology, computational approaches, and oxidative stress. Cardiovasc Res, 2025, 121 (10): 1566-1581. doi: 10.1093/cvr/cvaf137
- [9] Nguyễn Nhược Kim. Lý luận y học cổ truyền. Nhà xuất bản Y học, 2015: 43-50, 88-99.
- [10] Mancina G et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension and the European Renal Association (ERA). J Hypertens, 2023, 41 (12): 1874-2071. doi: 10.1097/HJH.0000000000003480
- [11] Đỗ Tất Lợi. Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam. Nhà xuất bản Y học, 2006: 48, 303, 306, 715, 837.
- [12] Chao C.H et al. Anti-hypertensive effects of *Radix rehmanniae* and its active ingredients. Nat Prod Res, 2020, 34 (11): 1547-1552. doi: 10.1080/14786419.2018.1516660
- [13] Cong C. Catalpol attenuates blood pressure and improves renal function in spontaneously hypertensive rats. Int J Clin Exp Med, 2021, 14 (1): 604 - 610.
- [14] Hosoo S et al. The restorative effects of *Eucommia ulmoides* Oliver leaf extract on vascular function in spontaneously hypertensive rats. Molecules. 2015; 20 (12):21971 -21981. doi:10.3390/molecules201219826
- [15] Choi M.S et al. Du-zhong (*Eucommia ulmoides* Oliver) leaf extract mediates hypolipidemic action in hamsters fed a high-fat diet. Am J Chin Med, 2008, 36 (1): 81-93. doi: 10.1142/S0192415X08005606
- [16] Wang L et al. Therapeutic effects of saponins from *Achyranthes bidentata* in SHRsp. Zhongguo Zhong Yao Za Zhi, 2011, 36 (9): 1239-1241.
- [17] Oh S.D et al. Effect of *Achyranthes bidentata* Blume on 3T3-L1 Adipogenesis and rats fed with a high-fat Diet. Evid Based Complement Alternat Med, 2014, 2014: 158018. doi: 10.1155/2014/158018
- [18] Hu-zhi Cai et al. *Ophiopogon japonicas* (Linn. f.) Ker-Gawl. extract ameliorates chronic heart failure in rats. Tropical Journal of Pharmaceutical Research. 2019; 18 (9): 1853-1857. doi: 10.4314/tjpr.v18i9.10
- [19] Huang X et al. *Ophiopogonin D* ameliorates non-alcoholic fatty liver disease in high-fat diet-induced obese mice by improving lipid metabolism, oxidative stress and inflammatory response. Experimental and Therapeutic Medicine, 2023, 26 (3): 1-10. doi: 10.3892/etm.2023.12116
- [20] Yang L et al. *Morinda officinalis oligosaccharides* mitigate depression-like behaviors in hypertension rats by regulating Mfn2-mediated mitophagy. J Neuroinflammation, 2023, 20 (1): 31. doi: 10.1186/s12974-023-02715-y
- [21] Mandukhail Saf-ur R et al. Studies on antidyslipidemic effects of *Morinda citrifolia* (Noni) fruit, leaves and root extracts. Lipids Health Dis, 2010, 9: 88. doi: 10.1186/1476-511X-9-88

